

UNIVERSITÉ DE LYON

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE - N°347

Quelques considérations
sur la
Phlébite des Membres Inférieurs
au cours de la gestation
A propos de cinq observations récentes

THÈSE

POUR LE DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ DE LYON

SECTION DE MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement devant la Faculté de Médecine et de Pharmacie

Le 27 Juin 1933.

PAR

Ivan STAÏKOFF

Né le 9 Janvier 1905, à HASKOVO (Bulgarie)



LYON

BOSC Frères, M. & L. RIOU

IMPRIMEURS-ÉDITEURS

42, Quai Gailleton, 42

—
1933

QUELQUES CONSIDÉRATIONS
SUR LA PHLÉBITE DES MEMBRES INFÉRIEURS
AU COURS DE LA GESTATION



Digitized by the Internet Archive
in 2026

UNIVERSITÉ DE LYON

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE - N°347

Quelques considérations
sur la
Phlébite des Membres Inférieurs
au cours de la gestation

A propos de cinq observations récentes

THÈSE

POUR LE DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ DE LYON

SECTION DE MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement devant la Faculté de Médecine et de Pharmacie

Le 27 Juin 1933.

PAR

Ivan STAÏKOFF

Né le 9 Janvier 1905, à HASKOVO (Bulgarie)



LYON

BOSC Frères, M. & L. RIOU

IMPRIMEURS-ÉDITEURS

42, Quai Gailleton, 42

—
1933

PERSONNEL DE LA FACULTE

Doyen honoraire	M. L. HUGOUNENQ
Doyen	M. J. LEPINE
Assesseur	M. A. MOREL

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. CAZENEUVE, ROQUE, LANNOIS, HUGOUNENQ, ROCHET, BARRAL, ROLLET.

PROFESSEURS

Cliniques médicales	MM. PIC
Cliniques chirurgicales	PAVIOT
Clinique obstétricale et Accouchements	TIXIER
Clinique ophtalmologique	BERARD
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	VORON
Clinique neurologique et psychiatrique	X. (BONNET, agrégé.
Clinique des maladies des enfants	chargé de cours
Clinique des maladies des femmes	NICOLAS
Clinique d'oto-rhino-laryngologie	LEPINE (J.)
Clinique des maladies des voies urinaires	MOURIQUANT
Clinique chirurgicale, infantile et orthopédie	VILLARD
Clinique et prophylaxie de la tuberculose	COLLET
Physique biologique, Radiologie et Physiothérapie	GAYET
Chimie biologique et médicale	NOVE-JOSSERAINE
Chimie organique et Toxicologie	COURMONT
Matière médicale et Botanique	CLUZET
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	FLORENCE
Anatomie	MOREL
Histologie	MANCEAU
Physiologie	GUIART
Pathologie externe	LATARJET
Pathologie interne	POLICARD
Pathologie et Thérapeutique générales	DOYON
Anatomie pathologique	LERICHE
Chirurgie opératoire	FROMENT
Médecine expérimentale et comparée et bactériologie	CADE
Médecine légale	FAVRE
Hygiène	PATEL
Thérapeutique	ARLOING (F.)
Pharmacie et Pharmacologie	Etienne MARTIN
Hydrologie thérapeutique et climatologie	ROCHAIX
	SAVY
	LEULIER
	PIERY

PROFESSEURS TITULAIRES SANS CHAIRE

Chargé d'un cours de Propédeutique de gynécologie	MM. CONDAMIN
Chargé d'un cours d'Anatomie médico-chirurgicale	THEVENOT (Léon)
Chargé d'un cours d'Embryologie	NOEL

CHARGES DE COURS COMPLEMENTAIRES

Chirurgie expérimentale	MM. TAVERNIER
Stomatologie	PONT

AGREGES

MM.	MM.	MM.	M ^{lles}
NOGIER	DUFOURT	DECHAUME	MORENAS
RHENTER	DEVIC	BERNHEIM	REBATTU Ch.
MAZEL	GABRIELLE	POLLOSSON	REVOL Ch.
SANTY	MARTIN (Joseph)	CHAMBON	ENSELME Ch.
CHALIER (André)	ROCHET (Ph.)	CIBERT	SEDALLIAN Ch.
CHALIER (Joseph)	WERTHEIMER	EPARVIER	
DUMAS	GATE	GUILLEMINET	

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

MM. VORON, président; RHENTER, assesseur,
WERTHEIMER et CIBERT



La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE REGRETTÉ

A MA MÈRE

A MA FEMME

A MES BEAUX-PARENTS

A TOUTE MA FAMILLE

A TOUS MES AMIS ET CAMARADES

Je dédie ce modeste travail.

A NOTRE PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR VORON

Professeur de Clinique Obstétricale

Toute notre respectueuse reconnaissance pour l'honneur qu'il nous fait en présidant notre thèse.

Nous ne pourrions pas oublier ce grand maître d'accouchement, pour ses leçons si saisissantes et instructives, lorsque nous faisons notre stage dans son service.

Nous le prions d'accepter l'hommage de notre respectueux dévouement.

A MONSIEUR LE DOCTEUR LYONNET

Ancien Interne des Hôpitaux de Lyon

C'est lui qui nous inspira ce travail. Il nous guida le temps de son élaboration avec la plus grande bonté, y apportant chapitre par chapitre les plus justes critiques et corrections.

Nous le prions d'accepter notre plus grande reconnaissance.

A MES JUGES

Hommage et reconnaissance.

A MES MAÎTRES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE LYON

A MES MAÎTRES DANS LES HÔPITAUX DE GRENOBLE

MESSIEURS

LE PROFESSEUR PORTE, *Directeur de l'Ecole de Médecine ;*

LE DOCTEUR TERMIER, *Professeur de Clinique chirurgicale ;*

LE DOCTEUR PEYRIN, *Accoucheur des Hôpitaux ;*

LE DOCTEUR MARTIN, *Médecin des Hôpitaux ;*

LE DOCTEUR LAMY, *Médecin des Hôpitaux ;*

LE DOCTEUR MARTIN-SISTERON, *Médecin des Hôpitaux ;*

LE DOCTEUR AMABERT, *Médecin des Hôpitaux.*

Avant-propos

Arrivé au terme de nos études médicales, nous ne pouvons pas laisser passer cette circonstance sans adresser tous nos remerciements, toute notre gratitude à nos Maîtres de la Faculté de Médecine de Lyon, pour la science éclairée et les conseils qu'ils nous ont toujours prodigués.

C'est un grand honneur pour nous de nous voir attribuer ce diplôme par la Faculté de Médecine de Lyon, et dans l'avenir comme jusqu'à présent, nous apporterons toujours notre concours dans la faible mesure de nos moyens à la grandeur de cette influence intellectuelle si bienfaisante que la France exerce dans notre pays.

QUELQUES CONSIDÉRATIONS SUR LA PHLÉBITE DES MEMBRES INFÉRIEURS AU COURS DE LA GESTATION

Introduction

LIMITATION DU SUJET

Dans la discussion qui suivit la présentation à la Société d'obstétrique et de gynécologie de Lyon d'une des observations objet de ce travail, M. le Professeur agrégé Rhenter insista sur l'intérêt tant pratique que théorique qu'il y aurait à publier tous les cas de phlébite des femmes enceintes, qui pourraient être observées.

C'est pourquoi, ayant eu l'occasion pendant notre stage à la Clinique Obstétricale, de suivre une jeune gestante présentant pareille complication, nous avons, sur les conseils de notre Maître, Monsieur le Professeur Voron, pris minutieusement son observation, colligé les quelques faits analogues observés dans les services de la Charité ces dernières années, et recherché les notions actuellement en cours concernant cette affection.

Mais, avant d'exposer le résultat de ces recherches, il nous paraît utile de préciser ce que le titre de cette thèse a de restrictif :

1° Phlébite des membres inférieurs, c'est dire que nous éliminerons la phlébite uniquement *utéro-pelvienne*.

Celle-ci passe le plus souvent inaperçue jusqu'au jour où elle se révèle, soit pendant la grossesse, soit au cours du travail, par une brutale et souvent mortelle embolie. Il s'agit là de faits exceptionnels, mais dont l'existence est affirmée par d'indiscutables observations. Nous citerons en particulier une observation lyonnaise de MM. Plauchu et Gaucherand, présentée à la Société d'Obstétrique du 7 novembre 1921.

2° Nous éliminerons également une forme spéciale de phlébite des membres inférieurs, la *phlébite variqueuse*.

C'est une inflammation limitée à un ou plusieurs paquets veineux, rarement plus étendue et frappant assez fréquemment les femmes variqueuses au cours de leur gestation.

Cette phlébite variqueuse, « si elle se rencontre au cours de l'état puerpéral, n'en est fonction que d'une façon médiate. » (Jeannin).

3° Nous limiterons donc notre étude à la phlébite frappant toute étendue de un ou des deux membres inférieurs, et se présentant sous l'aspect d'une phlegmatia alba dolens :

C'est la *phlébite de la grossesse* proprement dite ; elle peut du reste survenir chez une femme indemne de toute dilatation variqueuse, aussi bien que trouver

dans un état quelque peu variqueux du membre, un facteur prédisposant, dont nous aurons ultérieurement à envisager l'importance.

Cette distinction nous semble indispensable. La phlébite variqueuse avait seule, en effet, attiré l'attention des premiers auteurs.

Vinay, dans son si remarquable traité des « Maladies de la grossesse » (1894), ne fait mention que de cette complication. Nous savons aujourd'hui qu'elle ne résume pas toute la pathologie veineuse de la femme enceinte. Celle-ci peut, tout comme la jeune accouchée, présenter une phlegmatia alba dolens caractérisée. C'est d'elle dont nous nous occuperons exclusivement ici ; et en nous limitant de cette façon, nous sommes en accord avec les travaux récents de Bardin et de Chazel, mais nous nous écartons quelque peu de l'étude plus compréhensive de Blanchet, qui, parmi ses cinq observations de phlébite de la grossesse, comprend trois cas de phlébite variqueuse.

Ainsi comprise, il est certain que la phlébite est une complication rare de la grossesse, et vraisemblablement en raison de cette rareté elle n'a fait l'objet encore que de peu de travaux. Cependant son étude présente un très réel intérêt. Apparaissant à une période de la grossesse où l'œuf réalise l'obstruction à peu près parfaite de la cavité utérine, elle ne peut guère être créée par une infection de cette cavité, difficilement réalisable à ce moment.

Elle pose donc un problème pathogénique très spécial, encore fort imparfaitement résolu, mais cependant gros de conséquences.

La possibilité d'une pareille phlébite au cours de la grossesse constitue en effet un argument important pour ceux qui ne veulent pas limiter à la seule infection utérine le point de départ de la phlébite au cours des suites de couches.

CHAPITRE PREMIER

Historique

La connaissance ou du moins l'étude de la phlébite de la grossesse est de date relativement récente ; nous avons vu que Vinay ne la mentionne pas ; il en est de même de la plupart des traités classiques (Tarnier et Budin, Ribemont-Dessaignes et Lepage, Budin et Demelin), qui n'envisagent que la seule phlébite variqueuse.

Bien que Puzos (1686-1753) dans ses « Mémoires sur le lait répandu » relate deux observations de « dépôt de lait » qui sont en réalité d'indiscutables phlegmatia de la grossesse, les premiers cas diagnostiqués semblent se trouver dans la thèse de De Brun en 1884. Saint-Ange, en 1896, en publie deux nouvelles observations ; puis en 1900, Brindeau en rapporte une observation détaillée, qu'il fait suivre de quelques considérations.

En 1902, Charpy consacre sa thèse à l'étude d'une forme rare de phlébite, qui peut se voir aussi bien pendant la grossesse (il en rapporte quelques cas) que pendant les suites de couches ; elle se distinguerait de la forme classique de la phlegmatia alba dolens des

accouchées par l'absence de fièvre et de phénomènes généraux.

Se basant sur ces observations, C. Jeannin, Vanverts et Paucot consacrent quelques lignes à la phlébite de la grossesse dans leur rapport, aujourd'hui classique, sur les phlébites puerpérales (octobre 1912) : ils la considèrent comme exceptionnelle, encore mal connue, et sans grand caractère particulier, si ce n'est sa ténacité, sa bilatéralité fréquente et sa propension à créer des embolies ; ce sont les notions que l'on retrouve exposées dans le traité de Bar-Brindeau.

Après quelques nouvelles observations, en particulier une de Rudaux publiée en 1912, la thèse lyonnaise de Blanchet (1922) constitue un intéressant travail d'ensemble ; elle précise l'évolution le plus souvent apyrétique de la maladie, et devant la difficulté de déceler habituellement un élément infectieux, elle discute la possibilité d'une pathogénie uniquement dyscrasique et relevant des modifications apportées par la grossesse dans la composition du sang.

Depuis, les travaux deviennent plus nombreux : nous citerons la thèse parisienne de Bardin (1925), qui envisage la possibilité d'une pathogénie colibacillaire, une leçon de Le Lorier publiée dans « Clinique et Laboratoire » (1928), une « Petite clinique de L. Ramond dans la *Presse Médicale* (1930), enfin le travail tout récent de Chazel (Thèse de Paris, 1932), bonne mise au point de la question.

A l'aide de ces travaux antérieurs et des quelques cas récents que nous avons pu recueillir, nous allons successivement étudier les circonstances qui semblent

favoriser l'apparition d'une phlébite au cours de la grossesse, l'aspect que celle-ci revêt et l'influence qu'elle peut avoir sur la grossesse et l'accouchement ; enfin après avoir exposé les hypothèses que l'on peut envisager pour en expliquer la production, nous terminerons notre étude par quelques considérations thérapeutiques.

CHAPITRE II

Considérations étiologiques

Dans ce chapitre, nous allons envisager :

Quelle semble être la fréquence de l'affection ;

A quel moment de la grossesse elle apparaît de préférence ;

Et enfin quelles circonstances peuvent en favoriser l'apparition.

1° FRÉQUENCE

Tous les auteurs sont d'accord pour affirmer la grande rareté de cette complication de la grossesse.

Pour en donner une idée, Bardin dit n'en avoir trouvé que deux cas sur 40.000 accouchements, qui se sont produits en 10 ans à la Maternité de Paris.

Mais, ainsi que le fait remarquer Ramond, cette rareté n'est vraisemblablement qu'apparente : il est probable que bon nombre de cas ne sont pas relatés en raison de la bénignité habituelle de la maladie et de son peu d'influence sur la grossesse et l'accouchement. Du reste, depuis que l'attention a été attirée sur la possibilité de pareille complication, les observations

en semblent plus fréquentes : Chazel à Paris recueille 8 observations en trois ans, et signale que le Docteur Scheurer aurait soigné, en 22 ans de pratique à Bagnoles de l'Orne, 14 malades pour séquelles de phlébite de la grossesse. Laubry déclare, dans le *Nouveau Traité de Pathologie interne*, en avoir vu pour sa part une dizaine de cas.

A Lyon, Devy, qui a réuni tous les cas de phlébites des suites de couches observées de 1919 à 1928 à la Clinique Obstétricale, soit 58 observations, a pu à cette occasion et pendant la même période, noter 5 observations de phlébites de la grossesse sur un total de 11.266 accouchements; nous sommes donc loin du pourcentage de Bardin.

Enfin, nous-mêmes, apportons ici 3 observations recueillies en 8 ans à l'infirmerie de la Clinique Obstétricale (qui est une petite infirmerie de 15 lits).

En somme, la phlébite constitue bien une complication rare de la grossesse, mais non aussi exceptionnelle que le disaient les premiers auteurs.

2° MOMENT D'APPARITION

Bien qu'elle puisse apparaître pendant toute la durée de la gestation, la phlébite est avant tout une complication du dernier trimestre de la grossesse. C'est en général au cours du sixième, septième ou huitième mois qu'elle survient, avec, lorsqu'elle est unilatérale, une certaine prédilection pour le membre inférieur gauche. Nos observations n'ont pas échappé à

cette règle, ni en ce qui concerne la date d'apparition, ni en ce qui concerne la plus grande fréquence de l'atteinte gauche.

Cette apparition tardive de la phlébite est à retenir ; nous la retrouverons comme argument dans la discussion pathogénique.

3° CIRCONSTANCES FAVORISANTES

Bien souvent, on ne trouve rien dans l'histoire de la malade, qui semble avoir pu favoriser la thrombose veineuse ; celle-ci est survenue sans cause apparente. Mais d'autres fois l'interrogatoire ou l'examen permettent de mettre en évidence certaines circonstances, dont il est logique d'admettre l'influence :

a) C'est ainsi qu'il est classique de signaler le rôle favorisant de *l'insertion vicieuse du placenta* ; mais aucune de nos observations ne nous a permis de vérifier cette assertion.

b) Ou bien *un épisode infectieux* caractérisé a précédé l'apparition de la phlébite : c'est ainsi que celle-ci peut succéder à toute maladie infectieuse frappant la femme enceinte, et plus spécialement à la grippe. Mais, si l'on peut avec logique attribuer un rôle uniquement prédisposant à une légère atteinte de grippe (comme par exemple celle signalée dans l'observation I de Blanchet), il nous semble qu'en cas de grandes épidémies de grippe, la phlébite devienne une phlébite grippale et non plus gravidique.

La seule part que l'on puisse reconnaître à la gravité, c'est de conférer, comme du reste à toutes les manifestations de la grippe, une gravité toute spéciale à la localisation veineuse.

Même restriction nous semble de mise en ce qui concerne le rôle éventuel des autres grandes pyraxies.

Celui de la *colibacillose gravidique* prête à des considérations plus étendues ; nous en réserverons la discussion pour notre chapitre pathogénique.

c) Plus intéressant à étudier est le rôle prédisposant des *varices*. Dans bon nombre d'observations, dans notre observation V en particulier, le membre frappé par la phlébite présentait auparavant des dilatations variqueuses.

Il est évident que dans l'étiologie de la phlegmatia de la grossesse vaut ce que Jeannin écrit pour celle de la phlegmatia des suites de couches : l'état variqueux est un des facteurs qui prédispose à l'apparition de la thrombose :

parce que les dilatations variqueuses sont une cause de ralentissement de la circulation et apportent une gêne au retour du sang.

parce que, une varice étant une veine chroniquement enflammée, son endothélium est particulièrement fragile.

parce que, en cas de lésions endothéliales à leur niveau, les nouures variqueuses constituent un lieu de stagnation particulièrement propice à l'organisation d'une thrombose.

d) Le rôle déterminant *du traumatisme* a été noté dans certaines observations. Nous allons voir qu'il était évident dans notre observation I.

Ce rôle du traumatisme accidentel est du reste à rapprocher de celui que la plupart des chirurgiens font jouer à l'heure actuelle au traumatisme opératoire dans l'apparition des phlébites chirurgicales.

e) Enfin l'interrogatoire permet certaines fois de retrouver une véritable *hérédité veineuse*. C'est ce que nous trouvons noté dans notre observation II, ainsi que dans plusieurs cas du travail de Chazel.

Cette hérédité veineuse, sur laquelle Hirtz notamment avait jadis attiré l'attention, et qui est responsable de ces « phlébites familiales » dont parle Pinard, pourrait être expliquée par un état de déficience particulier des vaisseaux, que P. E. Weill et Bloch appellent « dystrophie endothéliale ». Quel que soit son mécanisme intime, le fait existe, et cette notion d'une hérédité possible est intéressante à retenir.

CHAPITRE III

Considérations cliniques

Nous croyons intéressant de commencer cette étude clinique par l'exposé des faits que nous avons pu recueillir.

Nous le ferons suivre de quelques considérations générales sur l'aspect et l'allure habituels de la maladie.

Nous rapportons cinq observations récentes, la plus ancienne datant de 1925. Trois d'entre elles ont été recueillies à la Clinique Obstétricale; deux ont été publiées, une est inédite. Les deux autres également inédites proviennent du service du Professeur agrégé Trillat, qui a eu l'amabilité de mettre ses registres à notre disposition.

Nous lui renouvelons ici tous nos remerciements.

Observations

OBSERVATION I

(Docteur GAUCHERAND, *Société d'obstétrique
et de gynécologie de Lyon*, 5 novembre 1925)

Mme R... Jeanne, 31 ans, primipare.

Entre le 10 avril 1925 à la deuxième infirmerie avec le diagnostic de phlébite de la jambe gauche compliquant une grossesse. Elle est enceinte de sept mois environ.

Cinquante jours auparavant, elle heurte violemment, à la suite d'un faux pas, un angle de table, et reçoit un coup au niveau du tiers supérieur de la cuisse gauche, où apparaît bientôt un hématome.

La malade s'alite et, quelques jours après, — à côté de l'hématome qui avait pris des proportions assez considérables — on voit apparaître les signes d'une phlébite du membre inférieur gauche, nettement caractérisée.

L'immobilisation en gouttière est immédiatement pratiquée et continuée un peu plus d'un mois.

Lorsque nous voyons la malade, le 10 avril 1925, nous constatons l'existence d'un œdème assez marqué, surtout au niveau des malléoles, avec une impotence fonctionnelle presque complète.

La palpation de la face antérieure de la cuisse est encore douloureuse.

Aucune réaction thermique générale. Pendant tout le cours de cette évolution locale qui s'est continuée jusqu'à terme, la température a été rigoureusement normale.

L'accouchement a eu lieu à terme le 9 juin, et mit au monde un enfant de 4.030 grammes.

Dans les suites de couches, qui furent également rigoureusement apyrétiques, on vit rapidement disparaître l'œdème du membre inférieur thrombosé, en même temps que le membre récupérait sa souplesse et sa fonction.

La malade sortit guérie le treizième jour.

OBSERVATION II

(Docteur BANSSILLON et Docteur PIGEAUD,
Société d'obstétrique et de gynécologie de Lyon,
7 avril 1930)

Mme G..., primipare, 27 ans.

Aucun antécédent pathologique notable.

Dernières règles : 24-29 juin 1929.

Accouchement probable : 3 avril 1930.

Grossesse bien supportée.

Sans que l'on puisse relever par l'interrogatoire le moindre épisode infectieux, la malade présenta, à partir du 5 mars 1930, une phlébite typique du membre inférieur gauche : œdème très notable étendu à la totalité du membre inférieur et douleurs très vives dans le mollet.

Accouchement à terme le 25 mars : enfant vivant, 3.150/450 grammes.

Dans les jours suivants, apparition de phlébite au niveau du membre inférieur droit, et actuellement phlébite bilatérale.

La malade n'a jamais présenté de varices importantes, et la syphilis ne paraît pas devoir être mise en cause.

Mais il est intéressant de signaler que la mère de la malade a présenté, au cours d'une grossesse, une phlébite du membre inférieur droit ; phlébite ayant débuté à la fin du sixième mois et ayant évolué jusqu'à terme.

OBSERVATION III

(*Observation due à l'obligeance de M. le Docteur TRILLAT*)

Mme J... Marie-Louise, est une primipare, de 20 ans, qui entre à la première infirmerie le 1^{er} novembre 1929. Elle est actuellement enceinte d'environ sept mois, ses dernières règles étant du 11 novembre, et son accouchement prévu pour le 21 décembre.

De bonne santé habituelle, sans antécédents spéciaux, elle a jusqu'à ce jour bien supporté sa grossesse, et, bonnie de restaurant, a continué à assurer son travail.

L'affection actuelle a débuté, il y a trois jours, par des douleurs vives dans le membre inférieur droit, qui, en même temps, a rapidement augmenté de volume.

L'interrogatoire ne permet de retrouver aucun épisode infectieux, grippal ou autre, ayant précédé l'apparition de ces symptômes.

A l'entrée, il s'agit d'une malade au bon état général, se plaignant de douleurs vives au niveau du membre inférieur droit, qui est impotent.

Sa température est à 38°8, son pouls bat à 110.

L'examen montre un membre inférieur droit présentant tous les signes d'une phlegmatia alba dolens, avec œdème tendu chaud et douloureux.

L'examen obstétrical montre une grossesse en évolution normale.

Etant donné l'existence de la fièvre, l'hypothèse de l'origine colibacillaire de cette phlébite est soulevée. Mais les urines sont claires, sans albumine, et un examen bactériologique ne montre pas des colibacilles, ni à l'examen direct, ni par culture.

La réaction de Wassermann est négative.

Le 3 décembre, on note que la malade est complètement apyrétique depuis trois semaines. Les phénomènes douloureux et l'œdème ont rapidement régressé sous l'influence de l'immobilisation.

Et le 27 décembre la gestante passe à la Maternité pour accoucher, ne présentant plus trace de sa phlébite.

Elle accouche spontanément, après 14 heures de travail, d'un garçon vivant de 2.820/500 gr.

Les suites de couches sont apyrétiques et la malade sort de la Maternité dans le délai habituel.

— *En somme*, phlébite du membre inférieur droit, survenue à 7 mois de grossesse sans cause apparente et ayant régressé rapidement avant l'accouchement, qui s'est produit à terme, sans incident.

Origine colibacillaire de cette phlébite envisagée, mais non confirmée par le laboratoire.

OBSERVATION IV

Observation due à l'obligeance de M. le Docteur TRILLAT

Il s'agit d'une II-geste de 25 ans, R... Marguerite, entrée le 16 janvier 1930 à la première infirmerie, pour phlébite du membre inférieur gauche au cours d'une grossesse de 8 mois.

Sa première grossesse s'est terminée il y a 21 mois par la naissance d'un enfant vivant de 2.250 grammes, actuellement en bonne santé.

La grossesse actuelle a été jusqu'à présent bien supportée. Les dernières règles sont du 18 mai 1929, l'accouchement prévu pour le 28 février 1930.

Les phénomènes qui amènent la malade à l'hôpital ont débuté il y a une quinzaine de jours par des douleurs au niveau du pli de l'aîne. Celles-ci sont bientôt étendues à tout le membre, rendant la marche impossible.

A l'entrée, la température est à 37°. La malade localise ses douleurs au mollet et l'examen montre un membre inférieur cyanique et légèrement œdématié.

L'examen obstétrical montre :

H. U. = 30 cm.

Sommet mobile.

B. C. +.

Et au toucher, bassin aplati, généralement rétréci, à arc antérieur fortement redressé et à promontoire peu saillant, difficilement atteint vers 10 cm. 2.

La réaction de B.-Wassermann est négative.

Les phénomènes locaux notés au membre inférieur gauche rétrocedent rapidement et le 9 février la malade, qui peut marcher, passe aux inspectantes.

Elle accouche le 1^{er} mars, sans incident, malgré son bassin rétréci, et met au monde, après cinq heures de travail, un enfant vivant de 3.450/700 gr. ; les suites de couches sont sensiblement normales.

— *En somme*, phénomènes phlébitiques peu intenses, apparus sans cause notée à 8 mois de grossesse et ayant cédé avant l'accouchement, qui n'en a déterminé aucune récursive.

OBSERVATION V

(Observation personnelle)

Elle concerne une jeune femme de chambre de 21 ans, P... Claudia, primigeste, entrée à la deuxième infirmerie le 17 mai 1933 pour troubles douloureux au niveau du membre inférieur gauche ; elle est envoyée de l'asile de la Samaritaine, dont elle est pensionnaire depuis le 1^{er} mai. La fiche d'observation de cet asile porte, à la date du 2 mai, les renseignements suivants :

Bonne santé habituelle.

D. R. : 12 octobre 1932.

A. P. : 22 juillet 1933.

Varices du membre inférieur gauche, cœur normal.

Et au point de vue obstétrical :

H. U. = 28 cm.

O. I. D. amorcée.

B. C. +.

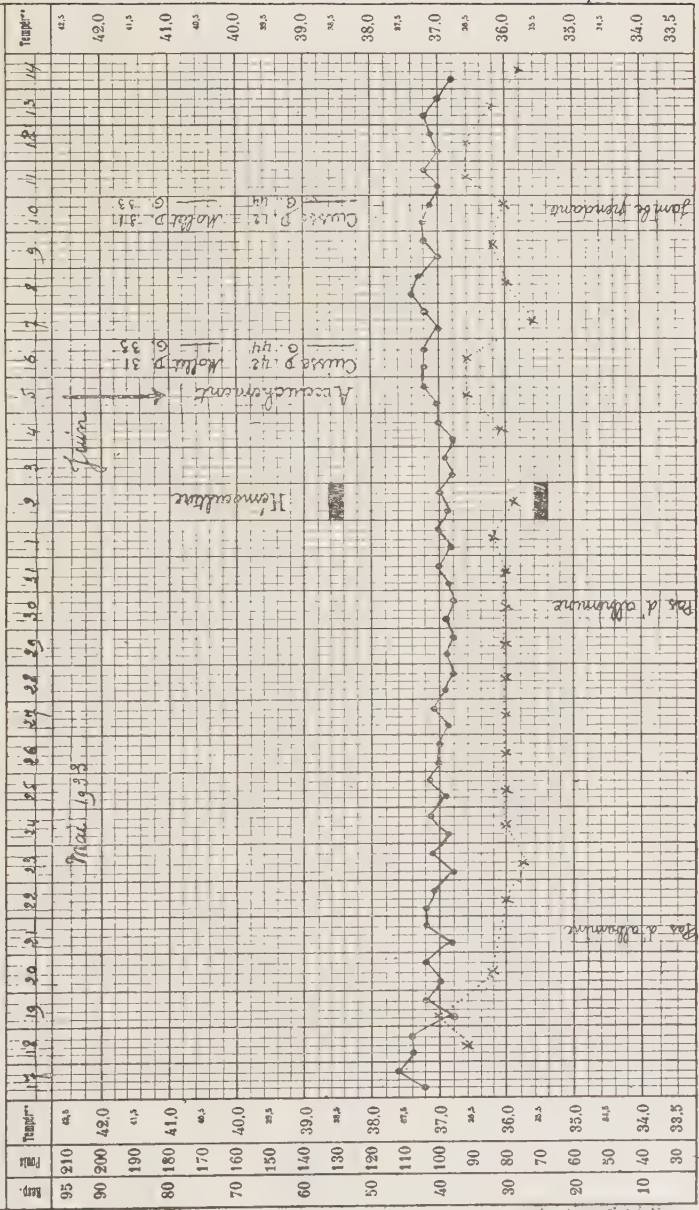
A l'entrée dans le service, l'interrogatoire précise les faits suivants : il n'y a rien à retenir dans les antécédents héréditaires ou collatéraux de la malade. Elle a toujours joui d'une bonne santé et jusqu'au 12 mai dernier sa grossesse a évolué sans le moindre incident.

C'est à ce moment que sont apparues des douleurs dans le membre inférieur gauche, qui était auparavant le siège de quelques varices. Ces douleurs, d'abord assez peu intenses, ont débuté à la racine de la cuisse, puis s'étendent bientôt à tout le membre. Le 15 mai, elles deviennent plus vives et empêchent la marche, en même temps que le membre commence à s'œdématiser.

C'est devant l'apparition de ces symptômes que le transfert de la malade à l'hôpital est décidé.

0.17

Nom P. Claudia



Feuille de température de notre malade, P... Claudia.
(Observation V)

L'interrogatoire ne permet de retrouver aucun épisode pathologique quelconque (traumatisme ou état infectieux), ayant précédé l'apparition de tous ces troubles.

A l'examen, il s'agit d'une malade de bon état général, localisant actuellement ses douleurs au pli de l'aîne et au mollet.

Sa température est 37°2 le matin, 37°6 le soir, son pouls à 90.

Son membre inférieur gauche apparaît nettement augmenté de volume, distendu par un œdème indiscutable, quoique pas très intense — œdème peu tendu au niveau de la cuisse, plus dur et plus blanc au niveau du mollet. On note également quelques varicosités superficielles et un choc rotulien des plus nets. Les mensurations montrent du reste une différence de 4 cm. entre la cuisse gauche et la cuisse droite, une différence de 2 cm. entre le mollet gauche et le mollet droit.

Au point de vue obstétrical, on note les signes d'une grossesse en évolution normale, avec O. I. G. amorcée et B. C. +.

Le toucher vaginal ne permet de trouver aucun empâtement ou cordon induré latéro-utérin.

L'examen médical est par ailleurs négatif, les urines sont claires et sans albumine. La tension artérielle est 13/7.

Le 29 mai, on note une amélioration nette des phénomènes douloureux par l'immobilisation et l'enveloppement ouaté du membre. Cependant les mensurations ne montrent aucune diminution de l'œdème. Depuis son entrée dans le service, la malade est remarquablement apyrétique et son pouls ne dépasse pas 80.

On fait différentes recherches en vue de déceler une colibacillose possible : l'interrogatoire n'apprend qu'un peu de constipation au début de la grossesse, mais actuellement disparue depuis longtemps. Il n'existe aucun point douloureux lombaire ou de syndrome urinaire.

L'examen cytologique et bactériologique des urines donne le 1^{er} juin les renseignements suivants :

Examen cytologique : quelques cellules desquamées, aucun globule de pus.

Examen bactériologique : aucun élément microbien visible à l'examen direct. Cultures stériles.

Une hémoculture pratiquée le 2 juin est également négative.

Le 5 juin, la malade entre en travail, soit très en avance sur le terme prévu d'après ses règles. Elle accouche pendant d'un enfant de 3.100/400 gr., ne présentant aucun des stigmates d'une telle prématuration. L'accouchement est remarquablement simple ; la durée du travail n'excède pas six heures, et le dégagement est fait en position obstétricale banale. Dans les suites de couches, on assiste à une rapide diminution de l'œdème, puisque dès le lendemain de l'accouchement, on ne trouve plus qu'une différence de 2 cm. entre les cuisses gauche et droite et de 1 cm. entre les deux mollets.

Le 10 juin, la malade qui, durant ses suites de couches n'a pas présenté la moindre élévation thermique, met ses jambes pendantes ; elle se lève sans incident le 12 juin.

— *En somme*, phlébite atténuée, mais indiscutable, apparue à la fin de la grossesse chez une primigeste porteuse de varices.

Apyrexie absolue. Etiologie colibacillaire recherchée, mais non démontrée par les différents examens.

Accouchement sans incident et diminution rapide de l'œdème dans les suites de couches.

De ces observations, confrontées avec d'autres antérieurement rapportées, on peut tirer les déductions suivantes :

1° SUR LA SYMPTOMATOLOGIE ET L'ÉVOLUTION
DE LA PHLÉBITE CHEZ LES FEMMES ENCEINTES

La phlébite de la grossesse est une phlegmatia alba dolens ; c'est dire que nous ne nous étendrons pas sur sa symptomatologie et que nous nous attacherons surtout à en noter les particularités.

Elle peut atteindre d'emblée un des membres inférieurs, le gauche un peu plus fréquemment que le droit. Le membre atteint devient douloureux, rapidement impotent et s'œdématie, en même temps que le genou réagit par une hydarthrose, dont la précocité et la valeur diagnostique ont été depuis longtemps signalées par Brindeau.

Elle peut parfois n'être que l'extension au membre inférieur d'une phlébite utéro-pelvienne.

Ce stade pourra être retrouvé par l'interrogatoire sous forme de douleur dans les fosses iliaques, ou se traduire, comme dans une observation de Bardin, par une embolie pré-phlébitique, ou enfin être diagnostiqué par le toucher, si l'on a l'occasion, exceptionnelle il est vrai, de le pratiquer et de constater un empatement ou des cordons indurés, plaqués contre la face interne du pelvis.

Le plus souvent les malades ne sont vues qu'à la

période d'état, avec une phlegmatia alba dolens typique.

Quels sont les caractères un peu particuliers qu'imprime à celle-ci son origine gravidique ?

a) D'abord le peu d'intensité des phénomènes douloureux, qui, du moins à la période d'état, consistent plus en engourdissement qu'en douleur véritable.

A ce caractère noté par tous les auteurs, nous ajouterons, au moins en ce qui concerne la plupart de nos observations, l'assez faible importance de l'œdème.

b) Ensuite le peu d'intensité des phénomènes généraux. A peine note-t-on parfois une légère température sub-fébrile et un peu d'accélération du pouls les premiers jours.

Le plus souvent l'évolution est remarquablement apyrétique et le pouls nullement modifié.

c) Enfin la lenteur de l'évolution.

D'habitude, l'œdème, l'impotence persistent jusqu'à l'accouchement et la résolution, qui est du reste rapide, ne commence que dans les suites de couches. « Ces femmes entrées à l'hôpital au sixième, septième mois de leur grossesse, y restent jusqu'à leur accouchement, maintenues alitées par la persistance de l'œdème. »

C'est l'évolution la plus habituelle ; il est des cas cependant de phlébites plus atténuées, plus bâtarde, où, comme dans nos observations III et IV, l'œdème a déjà disparu sous l'influence de l'immobilisation, lorsque se produit l'accouchement. Il est exceptionnel, en tout cas, que celui-ci n'amène pas la guérison rapide des phénomènes phlébitiques et au contraire leur

recrudescence ou, comme dans notre observation II, leur extension au membre opposé.

A ces trois caractères, que nous avons retrouvés dans nos observations, il est classique d'ajouter :

La fréquence de l'atteinte bilatérale des deux membres inférieurs.

Cette bilatéralité n'a été notée que dans notre observation II.

La fréquence également des embolies — embolies le plus souvent bénignes, bien que Chazel ait relaté deux cas mortels. Mais cette notion ancienne de la fréquence des embolies au cours de la phlébite de la grossesse est peut-être sujette à révision. Aucune de nos malades n'en a présentées ; Blanchet non plus ne signale pas cette complication dans ses observations.

2° SUR SON INFLUENCE SUR LA GROSSESSE ET L'ACCOUCHEMENT

On peut considérer cette influence comme *nulle*.

En effet, l'évolution de la grossesse se poursuit, dans la grande majorité des cas, de façon normale. Tout au plus peut-on, comme dans notre observation I, voir dans l'alitement prolongé qu'a subi une gestante impotente, mais non suffisamment malade pour restreindre son alimentation, la raison du poids élevé de son enfant.

De même l'accouchement se produit à terme et sans être compliqué du fait de la maladie. La crainte légitime qu'on peut avoir à mobiliser ces femmes phlébiques au moment du travail, nous semble plus théo-

rique que réelle. Nos malades ont toutes accouché en position obstétricale banale, sans en avoir nullement pâti.

Cependant le conseil donné par Charpy et par Blanchet de faire accoucher ces femmes dans le décubitus latéral, sur le côté malade, nous semble judicieux et mérite d'être pris en considération.

Les suites de couches se passent également sans incident. Nous avons déjà signalé que pendant leur durée, les récidives ou l'extension au deuxième membre sont très rarement observées.

3° SUR SON DIAGNOSTIC

Il est facile ; le tableau de phlegmatia alba dolens, bien qu'atténué, est le plus souvent suffisamment caractéristique pour permettre d'éliminer rapidement une névralgie sciatique ou autre, des œdèmes d'origine mécanique, rénale ou cardiaque.

Seule la phlébite variqueuse peut prêter à discussion : elle s'en distingue par les nombreuses dilata-tions variqueuses qui sillonnent le membre et surtout par le caractère beaucoup plus localisé et inflammatoire de la tuméfaction.

4° SUR SON PRONOSTIC

Nous venons de voir que le pronostic fœtal est excellent. Pour ce qui est du pronostic maternel, il est certain que la phlébite de la grossesse peut, comme toute phlébite, se compliquer d'embolies pulmonaires,

ou laisser après elle des séquelles sensibles ou trophiques ; mais ces accidents sont rares, le plus souvent évitables par une thérapeutique judicieuse, et, dans la majorité des cas, la maladie se termine favorablement. Le pronostic maternel est donc bon ; la phlébite est plus une complication ennuyeuse de la grossesse qu'une complication grave.

CHAPITRE IV

Considérations pathogéniques

Voulant avant tout faire une étude clinique, nous serons bref sur ces considérations pathogéniques, qui du reste ont été longuement exposées par la plupart de nos prédécesseurs.

La pathogénie de la phlébite apparaissant au cours de la grossesse est encore fort imparfaitement connue. Il est difficile de la baser sur des faits positifs, puisque par suite de la bénignité de l'affection, tout contrôle anatomique manque, au moins à notre connaissance.

Or, il est évident que seule l'étude anatomique, en permettant la culture du caillot, l'examen histologique de la veine thrombosée, permettrait de conclure avec certitude pour l'une ou l'autre des hypothèses qui se partagent la faveur des auteurs.

En effet, pour les uns, la phlébite gravidique n'échappe pas à la grande loi pathogénique démontrée par les travaux mémorables de Widal et de Vaquez :

Elle est *d'origine infectieuse*, et résulte de la localisation sur l'endoveine d'une septicémie atténuée. Reste à préciser quelle est pendant la grossesse la nature de cette infection; c'est ce que nous verrons dans un instant.

Mais pour les autres, devant l'impossibilité où l'on se trouve le plus souvent de mettre cliniquement en évidence la moindre septicémie, même très atténuée, il faut admettre *la nature aseptique* d'une pareille phlébite et son origine purement humorale, dyscrasique. C'est un regain d'actualité donné à la vieille théorie de la thrombose marastique de Virchow, bien oubliée depuis la théorie infectieuse.

Envisageons avec plus de détails ces deux hypothèses :

1° *Nature infectieuse de la phlébite de la grossesse :*

L'origine infectieuse de la plupart des cas de phlegmatia des accouchées est admise sans discussion par tous.

Pourquoi n'en serait-il pas de même pour celle des femmes enceintes ?

Mais là, à part les cas tout à fait spéciaux de placenta prævia, l'infection hétérogène de l'utérus ne peut guère être réalisée pendant la grossesse.

Elle semble anatomiquement très difficile, et le rôle d'une endométrite préexistante est par trop hypothétique pour pouvoir être retenu.

Il faut donc chercher le point de départ de l'infection en dehors de la sphère génitale.

Il est une infection, dont après les premiers travaux de Bar et Cathala, toutes les études contemporaines ont montré la fréquence chez la femme enceinte, *la colibacillose*. N'est-ce pas justement la colibacillose responsable de tant d'accidents de la grossesse, qui déterminerait également la phlébite ? Sans vouloir

nous lancer dans la discussion de savoir par quel mécanisme ce colibacille parti de l'intestin parvient à léser l'endothélium veineux, disons seulement que les travaux récents de Schwartz, de Delater et Hugel ont montré la possibilité de cette étiologie, les premiers pour les phlébites post-opératoires, les seconds pour les phlébites obstétricales et gynécologiques.

Plusieurs observations de la thèse de Bardin, une observation récente de Favreau (Réunion obstétricale de Lille, 28 septembre 1932), où l'on note soit avant, soit en même temps que la phlébite, des accidents indiscutablement colibacillaires (pyélonéphrite, ou du moins constipation avec asthénie et bactériurie), semblent prouver que, dans certains cas de phlébite de la grossesse, l'origine colibacillaire de la maladie peut être envisagée avec quelques raisons.

De là, peut-on généraliser comme le fait Le Lorier ?

Nous ferons seulement remarquer que dans deux de nos observations, cette étiologie a été recherchée, une fois par le seul examen bactériologique des urines, l'autre fois par cet examen et par une hémoculture ; les deux fois, ces recherches ont été négatives.

S'il est des cas où la nature colibacillaire de la phlébite est très probable, il en est d'autres où, en l'absence de critère anatomique, il faut bien reconnaître qu'elle ne peut pas être prouvée cliniquement.

D'autre part, étant donné la grande fréquence de la colibacillose gravidique, comment se fait-il que la phlébite soit si rare ?

On est ainsi conduit à admettre que pour produire cette complication il faut, outre la colibacillose, l'in-

tervention d'un autre facteur, et à se demander si dans certains cas celui-ci ne peut pas agir seul. C'est ce que nous allons voir.

2° *Nature dyscrasique de la phlébite de la grossesse*

Il est certain que la grossesse, surtout pendant ses derniers mois, entraîne dans l'organisme maternel une série de modifications circulatoires et humorales qui sont autant de facteurs favorisant la thrombose :

Modifications circulatoires d'abord : La grossesse, surtout au voisinage du terme, amène par suite de l'allongement de la dilatation, de la multiplication des vaisseaux utérins et péri-utérins, *un ralentissement de la circulation*, auquel s'ajoute, du fait de la compression qu'exerce l'augmentation du volume de l'utérus, *une gêne à la circulation de retour*.

Modifications humorales, qui sont complexes et encore imparfaitement précisées. Sans entrer dans le détail de ces modifications, nous retiendrons seulement qu'elles ont pour conséquence *cette diminution du temps de coagulation* qu'on constate chez la femme enceinte : ce temps qui normalement est de 9 à 12 minutes, tombe à 4 minutes.

Ces modifications sont physiologiques ; elles vont après l'accouchement contribuer en même temps que la rétraction utérine à assurer l'hémostase de la vaste plaie créée par le décollement du placenta.

Peuvent-elles être suffisantes, si elles sont par trop exagérées, à déterminer pendant la grossesse la thrombose dans de gros troncs veineux ?

C'est possible, mais nous ne possédons aucun fait pour étayer cette hypothèse.

Il est plus logique d'admettre qu'à ce facteur humoral et circulatoire, qui existe chez toute femme enceinte, se surajoute, pour déterminer la phlébite, une de ces causes favorisantes que nous avons envisagées dans notre chapitre étiologique :

état infectieux quelconque, et c'est à ce rôle adjuvant qu'il nous paraît devoir reléguer l'infection colibacillaire :

traumatisme, soit traumatisme accidentel évident, soit peut-être seulement ce traumatisme physiologique continué que font subir au plexus veineux péri-utérin, les contractions indolores de l'utérus et dès 4 mois 1/2 les mouvements actifs du fœtus.

enfin état variqueux des membres et hérédité veineuse, facteurs adjuvants que nous avons envisagés ailleurs.

Mais ces causes favorisantes ne sont pas toujours retrouvées ; le rôle de certaines d'entre elles peut sembler bien hypothétique.

Plusieurs points du problème demeurent donc obscurs.

Il n'en reste pas moins que la nature aseptique de la phlébite de la grossesse, son origine surtout *dyscrasique*, est ce qui cadre le mieux avec ce que nous savons de ses particularités cliniques, à savoir :

Son allure quelque peu bâtarde ;

Son évolution apyrétique ;

Son apparition généralement tardive à la fin de la grossesse ;

Sa persistance jusqu'à l'accouchement, qui en amène la disparition rapide.

Nous concluerons donc :

Sans nier l'origine colibacillaire de certaines phlébites de la grossesse, il nous semble que dans la plupart d'entre elles, au moins dans les formes atténuées qui sont celles que nous avons observées, le rôle du colibacille, si tant est qu'il existe, est secondaire et que le facteur essentiel est représenté par les modifications humorales et circulatoires de la fin de la gestation.

CHAPITRE V

Considérations thérapeutiques

Etant donné la bénignité habituelle de l'affection, la thérapeutique en sera fort simple. Elle consistera essentiellement, comme pour toute phlébite, *dans l'immobilisation* ; celle-ci, qui agira à la fois comme traitement symptomatique des douleurs et de l'œdème et comme traitement prophylactique des complications, peut être réalisée par une gouttière. Mais la « botte lyonnaise », qui enveloppe le membre de plusieurs couches d'ouate et d'une alèze imperméable, et l'immobilise seulement à l'aide de coussins ou de sacs de sable, nous semble préférable.

Par l'abondante sudation qu'elle entraîne, elle amène en effet une diminution notable de l'œdème.

Elle est, de plus, moins traumatisante, mieux supportée par la malade, et permet mieux de surveiller que le membre ne prenne pas d'attitude vicieuse.

A côté de ce traitement uniquement symptomatologique, on pourrait évidemment envisager un traitement pathogénique :

Traitement de la colibacillose gravidique si celle-ci semble en cause.

Médication anti-coagulante prudente, si seules les modifications gravidiques du sang semblent responsables.

Ce traitement n'a jamais été employé chez nos malades.

Au moment de l'accouchement, on évitera le plus possible de mobiliser brutalement la parturiente. On pourra utiliser le décubitus latéral comme position de dégagement.

Enfin notons qu'on ne pourra pas se baser sur l'état du pouls et de la température, pour permettre la mobilisation et le lever, puisque ceux-ci ne sont nullement modifiés. Ce sera l'état local, qui pendant la convalescence dictera la conduite à tenir. Celle-ci sera la même que dans toute autre phlébite.

Conclusions

Nous rapportons cinq observations de phlébite des membres inférieurs au cours de la grossesse.

De l'étude de ces cinq observations nous pouvons conclure :

I. — Si la phlébite reste une complication rare de la grossesse, elle ne semble pas aussi exceptionnelle qu'on l'a cru longtemps.

II. — Sa symptomatologie est calquée sur celle de la phlegmatia alba dolens des accouchées, mais cependant avec quelques particularités :

Atténuation généralement plus marquée des symptômes fonctionnels et des signes physiques.

Absence habituelle de toute fièvre et de toute accélération du pouls.

Evolution le plus souvent assez lente, qui se poursuit généralement jusqu'à l'accouchement, celui-ci seul amenant la disparition complète de l'œdème.

III. — Son influence sur la grossesse et l'accouchement est nulle, et si, comme toute phlébite, elle peut engendrer des embolies ou laisser des séquelles sensitives ou trophiques, ces accidents sont rares et le pronostic est bon.

IV. — Sa pathogénie est encore obscure. Des deux origines, actuellement discutées :

Origine infectieuse, qui se résume presque uniquement à la colibacillose gravidique ;

Et *origine dyscrasique*,
chacune nous paraît contenir une part de vérité ; mais la dernière, du moins pour les formes atténuées que nous avons observées et où nous n'avons pu cliniquement déceler aucun élément infectieux, nous semble la plus plausible.

La phlébite de la grossesse apparaîtrait donc le plus souvent comme une *phlébite aseptique*, résultant de toutes les modifications humorales ou circulatoires encore imparfaitement connues, que l'on constate au cours de la grossesse et particulièrement dans ses trois derniers mois (c'est du reste le moment habituel de l'apparition de la phlébite).

Certaines circonstances pourraient s'ajouter à ces modifications humorales pour faciliter la thrombose veineuse, et c'est ainsi que l'on peut noter l'influence favorisante du traumatisme, d'une légère atteinte infectieuse, d'un état variqueux du membre, de l'hérédité veineuse.

V. — La possibilité de complications emboliques doit faire prendre, au cours de la phlébite de la grossesse, les mêmes précautions d'immobilisation que pour toute autre sorte de phlébite.

Vu :
LE DOYEN,
JEAN LEPINE.

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE,
VORON.

Vu et permis d'imprimer

LYON, le 12 Juin 1933.

LE RECTEUR, PRÉSIDENT DU CONSEIL DE L'UNIVERSITÉ,
A. LIRONDELLE.

Bibliographie

- BANSSILLON et PIGEAUD. — Phlébite du membre inférieur au cours du dernier mois de la grossesse. Société d'Obstétrique et de Gynécologie de Lyon, 7 avril 1930. Bulletin 1930, p. 518.
- BAR. — Leçons cliniques de la Clinique Tarnier, 1907.
- BARDIN. — Quelques considérations sur la phlegmatia alba dolens au cours de la gestation. *Thèse de Paris*, 1925.
- BLANCHET. — Etude sur quelques cas de phlébite des membres inférieurs pendant la grossesse. *Thèse de Lyon*, 1922.
- BRINDEAU. — Cas de phlegmatia alba dolens pendant la grossesse. *L'Obstétrique*, 1900, p. 415.
- CHAMBRELENT et CATHALA. — In *La Pratique de l'Art des Accouchements*, 1914, T. II, p. 109.
- CHARPY. — Formes rares de phlébite pendant la grossesse et les suites de couches. *Thèse de Paris*, 1902.
- CHAZEL. — Contribution à l'étude de la phlegmatia alba dolens de la grossesse. *Thèse de Paris*, 1932.
- DELATER et HUGEL. — Des phlébites obstétricales et gynécologiques ; rôle des germes intestinaux dans leur étiologie. *Monde Médical*, 1^{er} avril 1927.
- Mécanisme pathogénique des phlébites. *Presse Médicale*, 29 mars 1930, p. 436.
- DEVY (R.). — A propos de 58 cas de phlébites des suites de couches, recueillies à la Clinique Obstétricale, au cours d'une période de dix ans (1919-1928). *Thèse de Lyon*, 1930.

- FAVREAU. — Phlébite de la grossesse d'origine colibacillaire. Réunion obstétricale de Lille, 28 septembre 1932. Bulletin 1932, p. 686.
- GAUCHERAND. — Phlébite post-traumatique de la grossesse. Société d'Obstétrique et de Gynécologie de Lyon, 5 novembre 1925. Bulletin 1926, p. 66.
- JEANNIN (C.), VANVERTS et PAUCOT. — Phlébites puerpérales. Rapport à la Société obstétricale de France, octobre 1912. *Archives mensuelles d'obstétrique et de gynécologie*, 1912, II, 321-390.
- JOLY (R.). — Le syndrome entéro-veineux chez la femme. *Revue Française de Gynécologie et Obstétrique*, 1932, p. 303.
- LAUBRY et WALSER. — Les Phlébites, in T. III du Nouveau Traité de Pathologie interne, p. 1159.
- LE LORIER. — Phlegmatia alba dolens de la grossesse et du post-partum. *Clinique et Laboratoire*, 1928, p. 205.
- RAMOND (L.). — Phlegmatia alba dolens. Conférence de Clinique médicale pratique, 4^e série, 1926.
- Phlébite double chez une femme enceinte. *Presse Médicale*, 26 juillet 1930, p. 1019.
- RUDAUX. — Phlegmatia alba dolens double au cours de la grossesse. *La Clinique*, 1912, p. 27.
- SAINT-ANGE. — *Archives de Gynécologie et de Tociologie*, 1896, p. 458.
- VAUDESCAL. — In « La Pratique de l'Art des Accouchements », 1927, T. II, p. 158-159.

TABLE DES MATIÈRES

Avant-Propos	9
Introduction	11
CHAPITRE PREMIER. — Historique	15
CHAPITRE II. — Considérations étiologiques	19
CHAPITRE III. — Considérations cliniques	25
Observations	27
CHAPITRE IV. — Considérations pathogéniques	43
CHAPITRE V. — Considérations thérapeutiques	49
Conclusions	51
Bibliographie	53

